

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANNÉE 1897

THÈSE

N°

91

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Décembre 1897, à 1 h.

PAR

Benjamin SEGELMAN

Né à Aleksota (Russie) le 17 août 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

HERNIES

DE

L'APPENDICE ILEO-CŒCAL

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. MARCHAND, professeur.

RICARD et LEJARS, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

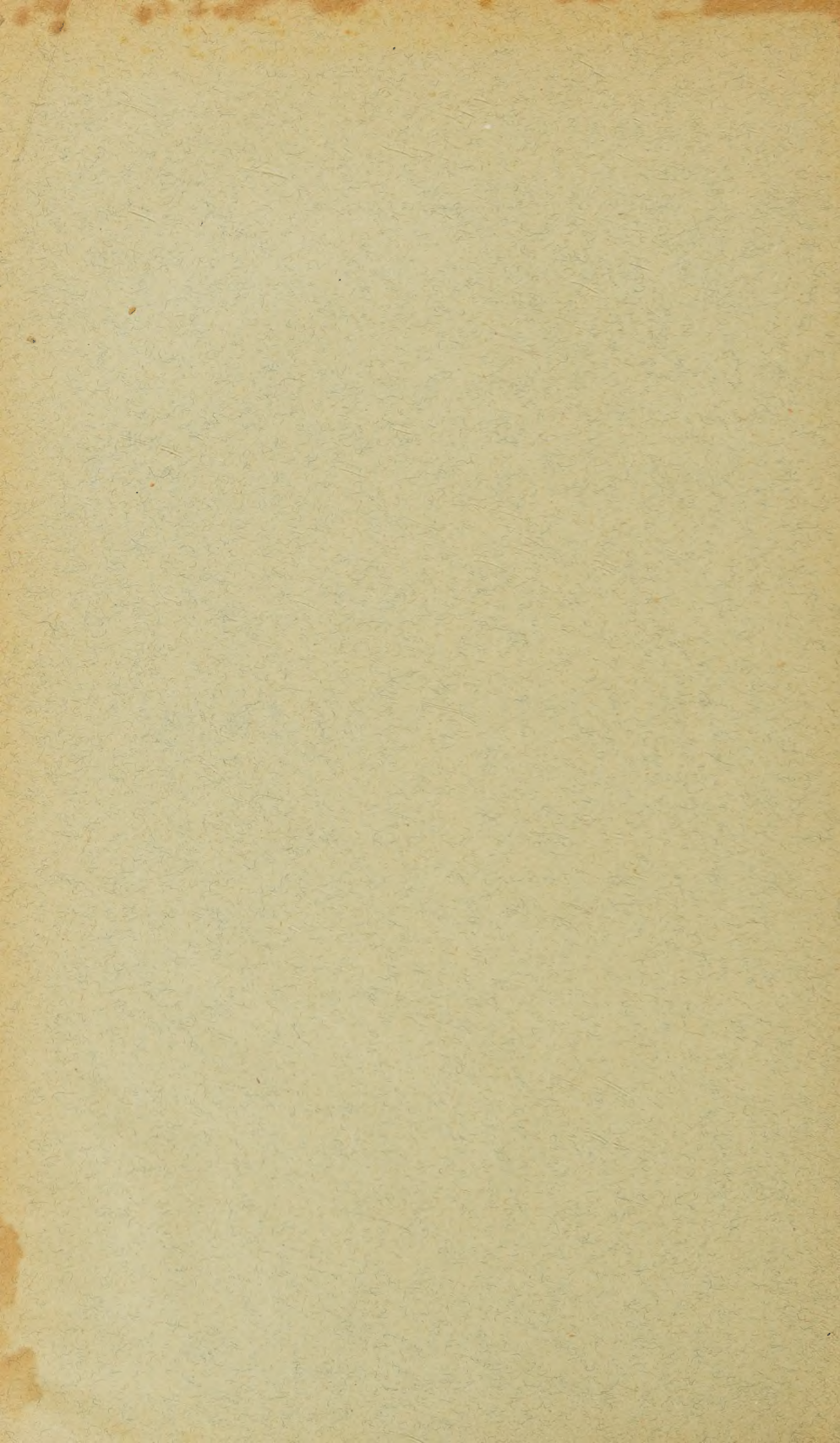
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Décembre 1897, à 1 h.

PAR

Benjamin SEGELMAN

Né à Aleksota (Russie) le 17 août 1873

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES

DE

L'APPENDICE ILEO-CŒCAL

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. MARCHAND, professeur.

RICARD et LEJARS, agrégés.



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie	FOUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BECKER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchement	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDR. ^{es} .	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
SILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER ET TRÈS VÉNÉRÉ MAÎTRE :

Monsieur le professeur Potain

Professeur de clinique médicale à la Charité

Membre de l'Institut

Commandeur de la Légion d'honneur, etc.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Tillaux

Professeur de clinique chirurgicale à la Charité

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur, etc.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Depuis les travaux de M. Tuffier, parus dans les Archives de médecine en juin et juillet 1887, après la communication faite l'année précédente au mois de juin par cet auteur à la Société anatomique ; et ceux de Treves en Angleterre, parus à peu près vers la même époque, puisque ce dernier faisait sa première communication à la Société pathologique de Londres en octobre 1886, la question du cœcum et de ses déplacements a été transformée. Les recherches de Tuffier ont apporté une telle précision que l'anatomie du cœcum et de son revêtement péritonéal est devenue tout à fait classique, et qu'il est universellement admis aujourd'hui que la hernie cœcale sans sac est tout à fait exceptionnelle et due le plus souvent à une malformation congénitale. La hernie du cœcum avec sac est la règle.

Monsieur Tuffier a bien étudié en même temps l'anatomie de l'appendice iléo-cœcal, en a fixé les rapports avec les organes voisins et avec le péritoine, et n'a pas oublié cet organe dans l'histoire des dépla-

cements du cœcum ; cependant dans tous les travaux, ayant trait aux hernies cœcales, on peut dire, que l'appendice, sans avoir été omis, a été plutôt laissé au second plan, alors qu'il nous a semblé que dans certains cas, il méritait une étude toute spéciale et c'est pourquoi nous avons entrepris ce travail sur les indications de M. le Docteur Reynier, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien à l'hôpital Lariboisière, qui a bien voulu nous confier cinq observations inédites concernant cette question.

L'appendicite a été tellement à l'ordre du jour en France, en Angleterre et en Amérique, pendant ces dernières années, que cette question de la hernie de l'appendice ileo-cœcal, de ses complications et de son traitement, aurait mérité une étude très approfondie, que ni le temps, ni la compétence nécessaire ne nous ont permis de faire aussi complète que nous l'aurions désiré.

Les cinq observations inédites, que nous publions s'adressent à des hernies de l'appendice accompagnant dans trois cas le cœcum, dans un cas l'intestin grêle, et enfin une hernie d'appendice pure ; nos recherches nous ont fait découvrir également plusieurs cas intéressants de hernies, où l'appendice seul était en cause ; enfin plusieurs faits d'appendicite herniaire, et il nous a paru utile de les réunir dans ce travail.

Qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement d'abord M. le Docteur Reynier, qui a bien

voulu nous fournir ce sujet de thèse, nous donner toutes les indications nécessaires et nous aider de ses conseils. Nous ne saurions trop lui exprimer notre gratitude.

Nous n'oublierons pas de remercier nos maîtres dans les hôpitaux : M. le Docteur Quénu, chez qui nous avons fait notre stage chirurgical, M. le Docteur Sebileau, M. le professeur Potain, le Docteur Jules Simon et notre regretté maître Hanot, qui nous ont dirigé dans nos études médicales et dont les leçons resteront toujours gravées dans notre mémoire ; enfin M. le professeur Pinard dans le service duquel nous avons appris les accouchements.

Nous prions Monsieur le professeur Tillaux de croire à notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.



Anatomie

Nous croyons utile au commencement de ce travail de rappeler aussi brièvement que possible quelques notions d'anatomie du cœcum et de son appendice que nous empruntons à l'anatomie de Testut et au travail de M. Tuffier, en insistant surtout sur les moyens de suspension de ces organes ; car c'est du relâchement de ces moyens de suspension que résulte le déplacement de ces organes.

Le cœcum est situé dans la fosse iliaque droite qu'il remplit presque entièrement. Il est maintenu en position par deux replis du péritoine que Tuffier a désignés sous le nom de ligament supérieur et de ligament inférieur. Le premier (ligamentum cocci de Huschke) s'insère en haut sur la paroi abdominale postérieure, immédiatement au-dessous du rein quelquefois même sur l'extrémité inférieure de cet organe. De là il se porte en bas et en avant et vient se terminer sur la paroi externe du côlon ascendant à son union avec le cœcum. Dirigé de haut en bas ce ligament supporte le poids du cœcum dans la station verticale et l'empêche de descendre dans le bassin.

Le ligament inférieur n'est autre, que l'insertion de la partie inférieure du mésentère à la fosse iliaque. Il retient le cœcum en dedans et limite son mouvement de bascule en haut. Malgré le ligament le cœcum se meut sur place avec la plus grande facilité. Il est en effet entouré par le péritoine

sur tout son pourtour, et en raison de cette disposition balotte librement dans la fosse iliaque droite. C'est le mérite du Docteur Tuffier d'avoir démontré avec tant de précision ce point important d'anatomie.

En bas l'extrémité libre du cœcum répond à l'angle dièdre, que forment en se réunissant l'une à l'autre la paroi abdominale antérieure et la fosse iliaque interne ; c'est ce qu'on pourrait appeler la position ordinaire du cœcum. Ce, n'est pas là, dit Testut, une disposition anatomique constante, et l'on observe encore, dans des cas plus rares, il est vrai, deux autres dispositions, qu'il appelle la position haute et la position basse ; dans le premier le cœcum est situé à 6 ou 8 centim. au-dessus de l'arcade fémorale ; dans la position basse il s'incline en dedans et en bas et descend jusque dans l'excavation pelvienne.

Il est facile de comprendre que cette dernière position, s'il s'y forme un peu de relâchement des ligaments, favorise considérablement l'issue du cœcum par un des orifices naturels.

La position dite élevée est à peu près constante chez le fœtus et chez l'enfant, tandis que la position basse se rencontre de préférence chez les adultes et surtout chez les vieillards. C'est qu'en effet (Testut) le cœcum n'est pas entièrement fixe, mais descend peu à peu au cours du développement anatomique, au fur et à mesure que le sujet avance en âge. Ce mouvement de descente qui coïncide presque toujours avec un certain allongement de l'organe, s'effectue vraisemblablement sous l'influence des matières fécales qui en s'accumulant et en séjournant dans l'ampoule

cœcale; rendent celle-ci plus pesante et l'entraînent naturellement vers le bas.

Appendice cœcal. — L'appendice cœcal se présente sous la forme d'un petit tube cylindrique presque toujours flexueux, qui s'implante sur la partie inférieure du cœcum et la continue. La longueur en est en moyenne de 8 à 10 centimètres, la largeur est de 6 à 8 millimètres.

a) Point d'implantation. — Primitivement, chez le fœtus, l'appendice vermiforme s'implante sur le sommet de l'ampoule cœcale, mais plus tard par suite de l'extension relativement considérable, que prend la paroi externe du cœcum, le fond de l'ampoule est entièrement formé par cette paroi; et de ce fait le point d'implantation de l'appendice se trouve reporté en haut, en dedans et un peu en arrière; il est maintenant latéral et interne. C'est donc dans une hernie cœcale droite à la partie interne et un peu en arrière que l'on pourra sentir le cordon, que formera l'appendice sorti avec le cœcum.

b) Situation et direction. Le plus souvent on le rencontre dans la moitié interne de la fosse iliaque droite au voisinage du détroit supérieur. Il est maintenu en position par un repli du péritoine, qui lui forme une sorte de mésentère, qui, de ce fait, a reçu le nom de méso-appendice et qui est une dépendance du feuillet inférieur du mésentère.

Au point de vue de sa direction, l'appendice cœcal est suivant les cas ascendant, descendant, interne et externe. Quand il est ascendant, il s'applique à la face postérieure du cœcum; descendant, il croise le psoas-iliaque et s'engage dans le petit bassin, où il se met en rapport avec les organes de cette cavité.

Externe il se couche sur la portion du fascia iliaca qui recouvre le muscle iliaque. Quand'il est interne, il se porte du côté de l'abdomen vers les anses de l'intestin grêle. — M. Lefforgue, élève de M. Testut, qui a soigneusement examiné l'appendice cœcal sur 200 sujets de tous âges a établi que le type descendant s'observe avec une proportion de 41,5 pour 100 ; le type ascendant dans la proportion de 13 pour 100, le type latéral interne et le type latéral externe avec une proportion de 26 et de 17 pour 100.

Le type descendant est, comme on le voit, le plus fréquent ; puis le type latéral interne, l'externe et enfin le type ascendant, qui constitue la disposition la plus rare.

Comme déduction, on voit que de toute façon, dans une hernie du cœcum à droite, accompagnée de son appendice, quand celui-ci n'a fait que suivre l'organe en question il se trouvera plutôt en dedans et en arrière, jamais en avant.

Quels sont les rapports du péritoine avec le cœcum et l'appendice ?

a) Péritoine cœcal. Au niveau du point, où se fait l'abouchement de l'intestin grêle avec le gros intestin, le mesentère se divise en deux feuillets ; un feuillet antérieur, qui s'étale sur la face antérieure du cœcum et un feuillet postérieur, qui passe sur sa face postérieure.

Ces feuillets s'unissent et se confondent au niveau du bord externe de l'organe. Ils s'unissent de même au niveau de son fond, de telle sorte que l'ampoule cœcale est recouverte par le péritoine sur tout son pourtour, elle flotte librement dans la fosse iliaque et la main, suivant la comparaison heureuse de M. Tuffier peut en faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde.

Exceptionnellement il existe un mésocœcum, et plus rarement encore on voit la séreuse passer tout simplement sur la face antérieure et l'appliquer contre le plan sous-jacent. L'enveloppement complet du cœcum par le péritoine doit être considéré comme la règle, ainsi que l'ont établi les recherches de Bardeleben (Arch. f. path. anat. 1849), confirmée depuis dans ce qu'elles ont d'essentiel par celles de Luschka, de Treves et de M. Tuffier.

b) Mésio-appendice. Par contre sur l'appendice cœcal, le péritoine se comporte absolument comme sur une anse d'intestin grêle, il l'entoure sur presque tout son pourtour, et s'adossant à lui même au niveau d'un de ses bords, il forme un véritable méso. le méso-appendice, qui rattache l'organe en question d'une part au cœcum, d'autre part à la portion terminale du mésentère.

Le méso-appendice revêt la forme d'un triangle, ou plutôt d'un faux avec une base, un sommet et deux bords. La base s'implante tout d'abord sur le côté interne du cœcum, suivant une ligne qui s'étend de la base de l'appendice à l'angle iléo-cœcal. Plus haut, au-delà de cet angle, le méso-appendice se confond dans une étendue de 2 ou 3 centimètres avec le feuillet inférieur du mésentère, dont il n'est qu'une dépendance.

Son sommet répond au sommet même de l'appendice dans tous les cas, d'après Clado. Sur certains sujets, le méso ne s'étend pas jusqu'à l'extrémité. Cette extrémité est alors enveloppée complètement par la séreuse et cela dans une étendue qui varie de 1 à 15 millimètres.

De ses 2 bords, le bord cœcal adhère au bord supérieur de l'appendice. Le bord concave libre et flottant dans la

cavité abdominale répond à l'artère appendiculaire. Ce méso-appendice forme la paroi postérieure de la fossette cœcale inférieure. Comme tous les replis péritonéaux, le méso-appendice est parfois mince et transparent. Mais cette disposition est rare chez l'adulte. Le plus souvent, il est envahi par la graisse qui, en se déposant entre les feuillets, le rend épais, lourd et opaque.

Comme nous le verrons dans deux observations que nous publions, cet épaissement exagéré a contribué à faire percevoir plus nettement le bord formé par l'appendice hernié. D'un côté, s'il nous a paru important de décrire complètement le méso-appendice, c'est que c'est aux dépens de lui que sera formé le capuchon qui enveloppera la surface de section de l'appendice réséqué, dans l'opération que nous décrivons.



Histoire

L'histoire des hernies de l'appendice iléo-cœcal se confond presque entièrement avec celle des hernies du cœcum.

Scarpa (1812) dans son « Traité des hernies » étudie cette question et fait admettre sans conteste en France que la hernie du cœcum est une hernie sans sac. Desault (1) (1796) et Chopart admettent que le cœcum est à nu sous la peau du scrotum. Sernin (2) en rapporte un cas. Pelletan (Clinique chirurgicale 1818), Hesselbach (De ortu et progressu herniarum 1810 Wurtsbourg), Cloquet (3) admettent l'opinion de Scarpa, et à part South, traducteur de Chelius, (4) qui protesta, on est d'accord sur ce principe : la hernie du cœcum n'a qu'un sac latéral ou même n'a pas de sac.

Cette opinion devient classique et est reproduite dans tous les traités, on admet de même dans toute cette période que la hernie de l'appendice iléo-cœcal

(1) Traité des maladies chirurgicales, t. IV.

(2) Journal de Sédillot, T. XVI, p. 302.

(3) Cloquet, Th. Paris 1819. Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies.

(4) Chelius. — System of surgery, Londres 1847.

est une hernie sans sac, ainsi qu'en témoigne l'observation de Cabaret parue dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales, août 1842.

Après avoir publié cette observation de hernie crurale de l'appendice, Cabaret, médecin à Saint-Malo, fait remarquer que s'il n'est pas rare de voir une hernie cœcale étranglée et opérée avec succès, c'est une chose moins commune de voir l'appendice iléo-cœcal constituer uniquement et exclusivement la tumeur ; et il se livre à des recherches bibliographiques, afin de retrouver les cas publiés antérieurement à son observation ; il trouve seulement quelques faits après des études nombreuses et multipliées. Ces faits sont les suivants :

Hevin, dans son cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicales dit : « Je me trouvais à l'ouverture d'un grand dépôt qui s'était fait par congestion à la partie supérieure interne de la cuisse et qui s'étendent jusqu'au dessous de sa partie moyenne. Je fus très surpris d'en voir sortir une énorme quantité de sanie putride, dont l'odeur vraiment stercorale me fit soupçonner que quelques portions d'intestin s'étaient trouvées pincées sous l'arcade crurale et s'y étaient ouvertes par mortification, dont les tissus graisseux du foyer de l'abcès étaient atteintes. Effectivement, à l'ouverture du sujet qui périt très promptement, M. Marige, chirurgien du malade, reconnut que l'appendice vermiculaire du cœcum avait glissé

sous le ligament de Fallope, auquel il était adhérent, qu'il s'y était percé et avait permis l'issue des sucs excrémenteux fluides dans les tissus graisseux pendant que les matières solides avaient continué de passer par l'anus. »

M. le Docteur Merling (1) indique la plupart des faits, qui ont été publiés sur les anomalies et les maladies de l'appendice iléo-cœcal. Il raconte plusieurs cas, qu'il a recueillis lui-même ou qui lui ont été communiqués par le Professeur Tiedman. Il cite deux cas d'étranglement d'appendice cœcal dans une hernie. Dans le premier cas la malade fut opérée et guérie ; dans le second, la petitesse de la hernie, qui ne faisait pas de tumeur à l'extérieur, empêcha de reconnaître la cause des symptômes et la malade mourut. A l'autopsie, on trouva l'appendice gangrené dans le canal inguinal.

M. Tamarrelli (2) rapporte l'observation d'une opération de hernie inguinale droite étranglée, pratiquée avec succès à l'hôpital de Milan, sur une servante âgée de 78 ans, et qui était formée exclusivement de l'appendice cœcal. Le chirurgien italien dit ne pas connaître d'autres exemples de hernie.

Enfin Cabaret retrouve dans le journal de la So-

(1) *Dissertatio inauguralis medica sistens processus vermiformis anatomiam pathologicam* autore. Merling MCD Heidelberg 1836 cum tabellis.

(2) *Annali universali di medicina* (Omodei) sept. 1833.

ciété de médecine de Nantes le compte rendu de la séance du 10 mars 1837 (1) Mais il s'agit ici d'une hernie du cœcum et de l'appendice et non pas comme dans les cas précédents de hernies exclusivement de l'appendice. « M. Charyau demande à intervertir l'ordre du jour. Il s'agit d'un enfant de 3 mois atteint d'une hernie inguinale du côté gauche. L'intestin descend dans le scrotum ; le 23 février la mère s'aperçut que la hernie n'était pas réduite.

Plus tard, toute réduction étant devenue impossible, l'opération de concert avec Monsieur Morisson fut jugée indispensable. L'incision du sac ayant été faite le coecum parfaitement reconnaissable à son appendice, fut trouvé dans la poche herniaire, située à gauche. On crut d'abord à la présence d'un ver, mais on s'assura d'une manière positive que c'était le prolongement vermiforme du coecum. L'enfant est au douzième jour de sa guérison et la guérison est certaine. »

Jusqu'aux travaux de Tuffier, rien de particulièrement saillant n'est à noter dans l'histoire des hernies de l'appendice.

C'est au mois de juin 1886 que cet auteur fit sa remarquable communication à la Société anatomique antérieurement à Treves, qui ne fit la sienne qu'au mois d'octobre à la Société pathogénique de Londres. En juin 1887 paraît dans les Archives générales de

(1) 55^e livraison p. 139.

médecine son mémoire original sur les hernies du coecum où il démontre péremptoirement que la hernie de cet organe et de son appendice est une hernie avec sac ; la hernie sans sac est l'exception et dans ce cas est due à une malformation congénitale ; ou bien est secondaire à une hernie du colon ascendant. Ce n'est que dans le premier cas que la hernie de l'appendice pourra être une hernie sans sac, car dans le cas de hernie cœcale secondaire à la descente du colon ascendant, le coecum bascule la tête en haut et, par suite le plus souvent, l'appendice restera dans la cavité abdominale.

La même année (1887), Lemenicier, élève de M. Tuffier, fait paraître une thèse sur l'anatomie et sur le mécanisme de ses hernies. Lemenicier publie un certain nombre d'observations, qui lui sont données par le D^r Tuffier.

En 1889, paraît dans la Gazette médicale de Strasbourg un travail du docteur Hedrich, assistant de MM. les docteurs Boeckel sur la hernie inguinale du coecum à gauche. Dans ce travail, Hedrich réunit le total des observations de cette variété rare d'entéro-cèle s'élevant à quatorze avec le nouveau cas de Boeckel, qu'il publie. Rien d'important dans ce travail au point de vue qui nous intéresse, sinon qu'il nous permet d'établir la proportion des hernies du coecum et de l'appendice à gauche par rapport aux hernies droites.

M. Berger, dans le *Traité de chirurgie*, dit que l'appendice vermiculaire, quand il fait partie d'une hernie, devient parfois le siège d'inflammation, qui se communique au sac herniaire, d'appendicites, qui se terminent soit par perforation, soit par suppuration, soit par la production d'adhérences, qui fixent définitivement l'appendice cœcal dans la situation anormale, qu'il occupe. « Le cœcum et l'appendice descendent assez souvent dans les hernies scrotales ; on les rencontre plus souvent à droite qu'à gauche » (1).

Dans le *Bulletin médical* de 1890, 13 juillet, p. 652, se trouve un cas remarquable d'inflammation d'appendice cœcal hernié dans le scrotum, rapporté par M. Monks et communiqué à the *Suffolx District medical Society*.

Il s'agit d'un enfant de 13 mois, qui présentait quand il fut examiné par M. Monks un gonflement considérable de la moitié droite du scrotum et de toute la partie voisine de l'abdomen et de la région inguinale du même côté. La partie gonflée était saillante, rouge, certainement douloureuse au contact, et on percevait de la fluctuation. L'existence d'un abcès paraissait certaine, M. Monks évacua le pus par ponction, se réservant d'intervenir d'une manière plus radicale, si la chose devenait nécessaire. Trois semaines plus tard, l'état de l'enfant s'était amélioré ; mais il restait dans le scrotum une tumeur allongée s'engageant dans l'anneau

(1) Loc. cit. p. 711. *Traité de Chirurgie*.

inguinal. On résolut alors de procéder à l'ablation de cette tumeur. Une incision faite parallèlement au trajet du cordon mit à nu une tumeur allongée du volume du doigt, tumeur, dont la dissection fut laborieuse parce que le cordon était incrusté dans sa masse. Après avoir isolé le cordon, on reconnut que la tumeur était étranglée au niveau de l'anneau inguinal.

En opérant des tractions, on attira au dehors une portion d'intestin qu'on reconnut être le cœcum. Comme il était probable dès lors que la tumeur était constituée par l'appendice et les tissus voisins enflammés, on réséqua toute la masse, y compris une assez longue portion d'appendice. On procéda alors à la réduction du cœcum et de l'appendice, dont on avait suturé les lèvres et fermé la lumière. L'anneau inguinal fut oblitéré par deux plans de suture, l'enfant a bien guéri. Un examen anatomique minutieux prouva, que, comme l'avait pensé Monks, il s'agissait bien d'une inflammation de l'appendice hernié dans le scrotum. Dès lors toute l'histoire clinique du malade devenait claire. Il semble évident que dans ce cas on peut admettre que l'appendice hernié a contracté des adhérences qui le rendirent irréductible, et, qu'alors il put, en s'enflammant, provoquer dans cette région des phénomènes morbides en tous points comparables à ceux qu'on observe ordinairement dans la fosse iliaque droite.

Une observation, rappelant en certains points la précédente, a été citée par M. Tuffier dans son travail paru dans les Archives de 1887. C'est une observation de M. Quénu, d'après les notes de Temoin, interne du service ; mais il s'agit ici d'une hernie ombilicale étranglée.

Dans cette observation, après dissection couche par couche, on tombe sur le cœcum, qui est relevé ; on le fait basculer en haut, on le détord, et l'on s'aperçoit que l'appendice décrit un demi-cercle parallèle à l'anneau ombilical, qu'il est adhérent à la paroi, opposée du sac, et qu'il forme justement une bride à l'union du cœcum et de la paroi ascendante du côlon. Cette adhérence est sectionnée entre deux ligatures, le cœcum devient subitement souple, et après quelques difficultés on en opère la réduction. Le malade opéré le 29 mars 1897 meurt le 1^{er} avril. A l'autopsie aucune trace d'étranglement en aucun point et l'on ne trouve de particulier que l'extrémité inférieure de l'appendice qui est gangrenée sur une étendue de 3 centimètres environ. Il est à noter qu'il n'a pas eu de péritonite.

A quoi attribuer la gangrène de l'extrémité inférieure de l'appendice iléo-cœcal ? Il n'y a eu aucune manœuvre exercée sur lui. Y-a-t-il eu en même temps qu'étranglement du cœcum par l'appendice une sorte d'étranglement par compression, tout au moins de l'appendice par le cœcum ? Ou bien par suite des adhérences contractées par l'extrémité vermiculaire, s'est-il fait là une sorte de circulation nouvelle que la section des adhérences a supprimée ? Nous ne savons. Ce qui est certain, c'est qu'au moment de l'opération il n'y avait pas de lésion de l'appendice ?

En juin 1896 à la séance de la Société de chirurgie M. Guinard fait une communication sur un étranglement herniaire de l'appendice, communication qui

provoque une longue discussion sur la pathogénie de l'appendicite. Ce chirurgien ayant trouvé un appendice transformé en vase clos par un étranglement herniaire sans aucun symptôme d'appendicite concluait à la fausseté de la théorie pathogénique du vase clos.

On lui a objecté que son observation n'était pas démonstrative, puisque le méso-appendice n'était pas étranglé, la lumière du petit organe ne devait pas être complètement obstruée.

Enfin tout récemment M. le Docteur E. Taillefer, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse, publie dans l'Indépendance médicale du 17 novembre 1897 une observation d'appendicite herniaire opérée par M. le professeur Jeannel de Toulouse ; observation que nous résumons un peu plus loin, à cause de l'intérêt, qu'elle présente au point de vue de la complication de la hernie de l'appendice.

M. Taillefer reprend la théorie pathogénique de la stagnation dans l'appendicite, le rôle joué par cette stagnation et les conditions dans lesquelles elle doit s'exercer pour devenir pathogène.



Étiologie et Pathogénie

Les hernies de l'appendice pures sont assez rares ; la plupart du temps elles compliquent la hernie cœcale, on a trouvé l'appendice dans les hernies inguinales, crurales et ombilicales. Nous pouvons admettre que la proportion serait pour les hernies simples de l'appendice la même que pour celles du cœcum. M. Tuffier ayant relevé les 53 observations et pièces anatomiques, qui formaient, au moment où parut son travail, le bilan actuel de la science, trouva 42 cas de hernies inguinales, 6 hernies crurales, 5 omphalocèles congénitales ou acquises, en dehors des éventrations. De ces 53 cas il en élimine 15 très incomplets, et sur les 38 cas qui restent trouve les hernies inguinales siégeant 24 fois à droite et 5 fois à gauche, les hernies crurales donnant la même proportion 5 droites pour une gauche.

Hedrich admet pour les hernies inguinales la proportion de 28 à gauche pour 100 à droite, contrairement à l'opinion de Cruveilhier et de M. Sée (1), pour qui le cœcum se serait trouvé au moins aussi souvent dans les hernies inguinales gauches que droites.

(1) Anatomie descriptive. V ed. p. 151.

Quel est le mécanisme des hernies de l'appendice ?

On ne peut s'en rapporter encore ici qu'au travail de M. Tuffier (1).

Les hernies primitives du cœcum et de l'appendice sont de deux ordres : congénitales ou acquises, et le mécanisme de ces hernies est tout entier dans le mode de suspension du cœcum ; il ne peut s'expliquer que par défaut, décollement ou distension du ligament supérieur, que ces dispositions soient congénitales ou acquises. On peut à ce point de vue considérer deux variétés : hernie cœcale simple et hernie compliquée. Dans le premier cas le cœcum s'engage en présentation directe, l'appendice en bas, et c'est là ce qui nous intéresse plus particulièrement, car si le mouvement de descente se limite, l'appendice seul s'engage, le cœcum restant dans l'abdomen.

Si la hernie est congénitale, il pourra y avoir malformation, et alors seulement la hernie sera sans sac, mais la hernie peut être congénitale sans malformation, ce qui est de beaucoup le plus fréquent ; elle est due dans ce cas à une laxité particulière des ligaments du cœcum ; l'appendice hernié est alors contenu dans un sac et le mécanisme ne diffère pas de celui de la hernie acquise.

Dans la hernie du cœcum compliquée, c'est-à-dire consécutive à une hernie du colon ascendant, le

(1) Loc. cit.

cœcum basculant et s'engageant la tête en haut, l'appendice reste dans l'abdomen.

La hernie de l'appendice, congénitale ou acquise, est donc le premier temps d'une hernie du cœcum.

Elle ne sera sans sac que dans les cas tout à fait exceptionnels d'une malformation fœtale.

« On sait, en effet, dit M. Tuffier (1), que le tube intestinal, cœcum et appendice, se développe au-dessous de la séreuse péritonéale. Si sous une influence pathologique, le cœcum et l'appendice oublient de se recouvrir de cette enveloppe, l'intestin chemînera dans le tissu cellulaire iliaque et pourra descendre toujours au-dessous du péritoine dans un des anneaux naturels d'où il sortira sans intéresser la séreuse ».

Ceci est tellement exceptionnel, qu'en joignant les trois statistiques de Bardleben, Treves et Tuffier, on arrive à plus de 300 examens cadavériques, sur lesquels on ne trouve qu'un seul fait de développement extra-péritonéal du cœcum.

(1) Loc. cit.



Symptômes et Diagnostic

Comme nous l'avons dit plus haut, la hernie du cœcum et de son appendice peut se former de deux façons. Tantôt c'est le cœcum qui s'engage avec l'appendice, tantôt le cœcum ne s'est engagé que secondairement et c'est le colon ascendant primitivement hernié, qui l'a entraîné.

A ce second cas seulement s'appliquent tous les symptômes classiques, donnés par les auteurs qui devraient permettre de faire le diagnostic de hernie du cœcum quoique, ainsi que le fait observer M. le professeur Berger dans le *Traité de Chirurgie*, celle-ci n'ait jamais été reconnue que par l'opération ou l'autopsie.

Ces signes seraient pour le côté droit les mêmes que ceux observés à gauche dans la hernie de l'S iliaque. Ils sont basés sur ce fait que le gros intestin est retenu tout au moins en partie dans la hernie par son méso, dont l'insertion a été attirée dans le sac par le glissement du péritoine qui a constitué ce dernier. De telles hernies se reconnaissent à leur irréductibilité partielle, à ce qu'elles ressortent aussitôt, lorsqu'on parvient à les refouler en partie dans le ventre, et à ce que la partie irréductible est sonore, présente du

gargouillement, et donne lieu à d'assez fréquentes coliques. Ce sont là des signes des hernies primitives du colon ascendant, le cœcum ne s'est engagé que secondairement et la tête en haut, c'est-à-dire le fond en dernier lieu, de sorte que l'appendice reste flottant dans l'abdomen comme dans le cas de Sernin (1),

La hernie du cœcum, toujours pourvue d'un sac, est une hernie réductible ne devant pas différer de la hernie de l'intestin grêle.

Aucun des symptômes précédents, basés sur l'irréductibilité ne peut s'y appliquer.

Dans le cas de descente du cœcum l'appendice se présente le premier, et le seul symptôme de hernie cœcal paraît être tiré de sa présence dans le sac, qu'il est possible de constater. Celui-ci se présente alors sous la forme d'un cordon dur, épais, de la grosseur d'une plume d'oie, mais pouvant doubler ou tripler son diamètre soit par inflammation, soit par adjonction de son méso chargé de graisse et épaissi. Le cordon dans la hernie droite occupe par rapport à l'intestin son côté interne et postérieur. Mais le signe tiré de la présence de l'appendice dans la hernie ne peut être qu'un signe de probabilité de hernie cœcale, puisque ainsi que nous le voyons dans l'observation n° I, l'appendice s'était engagé avec une portion d'intestin grêle.

(1) Journal de Sedillot. T. XVI, p. 302.

Disons, de plus, que les hernies cœcales primitives ne sont pas toujours réductibles, car l'appendice peut s'enflammer, contracter des adhérences avec le sac et être ainsi une cause d'irréductibilité partielle.

A la division faite par M. Tuffler, il faut ajouter une troisième catégorie, c'est quand l'appendice est seul engagé, et dans ce cas, on soupçonnera sa présence aux caractères de ce cordon engagé dans un des anneaux naturels. Si la hernie s'est faite par l'orifice inguinal, la présence du canal déférent à côté de l'appendice iléo-cœcal, aidera à faire le diagnostic.

Mais le diagnostic est loin d'être toujours aussi facile qu'on pouvait le croire ; car l'appendice enflammé peut non-seulement doubler ou tripler de volume, comme nous le disions plus haut, mais ainsi que nous le voyons dans l'observation de Cabaret, peut prendre le volume de l'intestin grêle, et dans ce cas, il faut reconnaître que le diagnostic devient très difficile, sinon impossible. En résumé, il y a certainement là un nouvel élément de diagnostic tiré de la possibilité de reconnaître l'appendice iléo-cœcal dans une hernie, mais il faut avouer que dans certains cas, le diagnostic n'en reste pas moins incertain.

Complications de la hernie de l'appendice

La complication de la hernie de l'appendice, c'est l'appendicite.

Toutes les fois que l'appendice hernié s'étranglera, la conséquence de cet étranglement pourra être l'inflammation de cet organe. On sait en effet, d'après les théories récentes, défendues par M. le professeur Dieulafoy, que la condition essentielle de l'apparition de l'appendicite, c'est la transformation de l'appendice en vase clos ; l'étranglement favorisera au premier chef cette transformation, soit en étranglant directement l'organe par compression par le collet du sac, soit en le comprimant sur les organes voisins herniés avec lui. L'étranglement même incomplet de l'appendice, qui provoquera l'hyperhémie de la muqueuse, dont le boursoufflement pourra obstruer la lumière de l'appendice, sera une condition favorable à son inflammation.

Une observation de M. Guinard, sur l'étranglement de l'appendice, communiquée à la Société de chirurgie, séance de juin 1896, a remis en question la pathogénie de l'appendicite. Ce chirurgien ayant trouvé un appendice transformé en vase clos par un étranglement herniaire, sans aucun symptôme d'ap-

pendicite, concluait à la fausseté de la théorie du vase clos. On lui a objecté que son observation n'était pas démonstrative, puisque le meso-appendice n'était pas étranglé, la lumière du petit organe ne devait pas être complètement obstruée. En second lieu, l'examen bactériologique n'avait pas été fait et rien ne prouve que le liquide couleur chocolat, qui était contenu dans l'appendice, n'était pas extrêmement virulent.

L'appendicite ne pouvait être qu'au début ; il n'y avait pas encore de collection purulente et il est probable que si l'on avait retardé l'intervention, les symptômes d'appendicite se seraient montrés.

MM. Hartmann et Minot (Semaine méd. 1897 p. 436) M. Caussade (Soc. med. des hôpitaux séance 26 novembre 1897) reprenant les expériences des précédents, en effet ont bien démontré l'exaltation de la virulence des micro-organismes en cavité close appendiculaire et la toxicité des produits solubles élaborés dans cette cavité. M. Dieulafoy et M. Caussade ont constaté dans un cas d'appendicite oblitérante aigue, qu'en mettant en culture du coli-bacille prélevé dans la partie libre du canal appendiculaire, et en faisant avec ces cultures des inoculations à des cobayes on n'obtenait que des résultats nuls ou insignifiants.

Au contraire les inoculations pratiquées avec des cultures de coli-bacille provenant de la cavité close du même appendice, ont donné lieu à des abcès, à de la

gangrène, à des suppurations généralisées, et à la mort des animaux. D'autre part, l'inoculation du filtrat des cultures du coli-bacille prélevé dans la partie libre de la cavité appendiculaire n'a déterminé aucun accident. Par contre sur 3 cobayes inoculés avec le filtrat des cultures du coli-bacille, provenant de la cavité close, deux sont morts en 5 ou 6 jours après l'inoculation. Les produits solubles, secrétés dans la cavité close sont donc toxiques, tandis que ceux de la cavité encore perméable paraissent inoffensifs. D'autre part une observation très intéressante de M. Taillefer, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse parue dans l'Indépendance médicale du 17 novembre 1897, a la valeur d'une expérience.

Cette observation, que nous publions plus loin, démontre que tant que l'appendice était simplement hernié, il n'a pas été atteint par l'inflammation, ses produits de sécrétion et les liquides intestinaux, qu'il pouvait recevoir du cœcum, circulaient, lentement il est vrai. Vient un étranglement, même un peu serré, puisqu'il n'en a pas été trouvé de traces anatomiques, le degré de stagnation a augmenté et l'appendicite a été créée. Cette observation démontre très bien le rôle joué par la stagnation dans l'appendicite et les conditions dans lesquelles la stagnation doit s'exercer pour devenir pathogène (1). Elle s'adresse à une hernie du

Loc. cit. Taillefer p. 361. Indépendance médicale 17 novembre 1897.

cœcum et de l'appendice. Supposons une hernie pure de l'appendice. Quelles seront les conséquences de l'étranglement de cette hernie ? Tous les symptômes d'étranglement de cette variété des hernies ne peuvent être que des symptômes d'appendicite herniaire.

Une des complications d'appendicite dans la hernie du cœcum ou d'une autre partie d'intestins est le danger de contamination de la séreuse péritonéale, qui recouvre l'intestin, et le risque d'une péritonite par réduction dans l'abdomen de l'intestin contaminé.

En cas de cure radicale de la hernie de l'appendice la seule complication à redouter vient du danger d'infection par la surface de section de l'appendice réséqué et c'est pour y obvier, que nous proposons la fixation du pédicule à la paroi abdominale.



Traitement

Deux cas sont à considérer : la hernie est étranglée ou non.

1° En cas de hernie étranglée, qu'on ait fait ou non le diagnostic de la présence de l'appendice, que l'appendice constitue seul le contenu de la hernie, ou qu'il se trouve déplacé avec le cœcum, l'intestin grêle ou l'épiploon, qu'il soit suppuré ou non, c'est-à-dire qu'il y ait appendicite herniaire ou qu'il soit sain, la conduite à tenir est toujours la même en ce qui concerne la résection de l'organe, qui s'impose. Mais les chances, le succès et le mode opératoire demandent à être étudiés suivant qu'il y aura, ou non complication d'appendicite, que l'appendice seul sera hernié ou qu'il accompagnera une portion de l'intestin.

L'appendicite herniaire devient la règle, si l'appendice seul est contenu dans la hernie, l'étranglement à sa base de l'organe formant le vase clos, dans lequel se développera avec virulence le coli-bacille, avec toutes ses conséquences. Dans ce cas, s'il n'y a pas grand danger de complications péritonéales il faudra tout au moins redouter, quelles que précautions d'antisepsie qu'on ait prises, la suppuration du champ opératoire et agir en conséquence, c'est-à-dire drainer la plaie.

Par contre, l'appendice ne sera pas forcément étranglé dans une hernie étranglée, contenant le cœcum ou une autre partie de l'intestin, et alors la présence de l'appendice n'aggrave pas le pronostic opératoire ; on se contentera de le réséquer, de le fixer à la paroi et de finir par une cure radicale.

Il n'en sera pas de même, si l'appendice étranglé avec l'intestin est suppuré. L'intestin hernié sera contaminé et ce sera là une condition défavorable de réduction de l'anse intestinale. On aura à redouter une complication péritonéale par cette réduction ; aussi sera-t-il sage malgré les grands lavages tièdes de l'anse herniée, qu'on n'aura pas manqué de faire, de drainer par l'anneau, qui aura livré passage à la hernie, après avoir encore fixé le pédicule appendiculaire à la paroi.

En résumé, en cas de hernie étranglée, il y a appendicite ou non.

L'appendice seul est contenu dans l'étranglement, celui-ci a pour conséquence l'appendicite, comme traitement, résection de l'appendice, fixation à la paroi, resection du sac herniaire, drainage de la plaie.

L'appendice accompagne le cœcum ou une autre anse intestinale ; il n'est pas suppuré ; resection de l'appendice, fixation à la paroi, resection du sac pour faire la cure radicale, reconstitution des parois, et fermeture complète de la plaie.

Il y a complication d'appendicite : drainage du

péritoine par l'anneau après résection de l'appendice et sa fixation à la paroi. On resequera le sac sans placer de ligature à sa base ; la prudence conseille cette manière d'agir.

2) En cas de cure radicale on peut poser en principe, que la résection de l'appendice est également la règle absolue. Cette résection ne fait courir aucun danger, ainsi qu'en témoignent les observations que nous publions ; elle débarrasse l'opéré d'un organe susceptible d'amener, par sa réduction dans l'abdomen, des complications ultérieures, complications qui sont d'autant plus à redouter, que l'appendice dans ses sorties successives a subi des compressions qui n'ont pas été sans amener des troubles circulatoires, favorables au développement de l'appendicite (augmentation de volume de l'organe, hyperhémie des différentes couches et plus particulièrement de la muqueuse, conditions qui favorisent l'obstruction de la lumière de cet organe).

L'observation de M. Quénu, résumée dans l'historique, prouve bien le danger, qui peut y avoir à rentrer l'appendice sans le réséquer.

Quant au mode opératoire, il ne diffère pas en ce qui concerne la résection de l'organe de celui de l'appendicite ordinaire ; il suffit de placer, comme dans le dernier cas, une ligature à l'insertion de l'appendice sur le cœcum et de sectionner aux ciseaux ; il est plus prudent de faire deux ligatures et de sectionner

l'appendice entre les deux ; cette ligature sera faite avec des fils de soie, la surface de section sera touchée à l'eau phéniquée forte.

Un point important de technique opératoire, recommandé par M. Reynier est le suivant ; avoir la précaution d'enfouir ce qui reste de l'appendice dans les débris de son méso, l'encapuchonner pour ainsi dire, passer un fil de catgut dans le pédicule ainsi formé, et venir fixer celui-ci à la paroi abdominale au pourtour de l'orifice de la hernie. On terminera par une cure radicale qui ne différera en rien de l'opération classique. Cet enveloppement du pédicule et sa fixation à la paroi ont pour but d'éviter l'infection du péritoine.



OBSERVATIONS

Avant de publier nos observations, nous avons cru intéressant de rapporter les 2 observations suivantes : une de Cabaret s'adressant à une hernie de l'appendice pure dont l'étranglement avait déterminé une appendicite herniaire, et une autre de Manec, ayant trait à une hernie du cœcum et de l'appendice, également compliquée d'appendicite. Elles nous ont paru intéressantes au point de vue des déductions qui en découlent au sujet de la conduite à tenir. Dans l'historique de notre travail nous avons déjà résumé les observations de M. Quénu et celle de Moncks et en traitant des complications rappelé celle de M. Guinard. En dernier lieu, nous rapportons l'observation très intéressante de M. Taillefer.

Observation I

(Résumée)

Journal de connaissances médico-chirurgicales 1842

(Cabaret)

Mademoiselle P..., soixante ans, ordinairement bien portante, quoique très maigre et d'une faible constitution

éprouva sans cause connue, le 4 mai 1839, des vomissements et des coliques que son médecin combattit par des lavements émollients, des boissons adoucissantes. Un examen soigneux des parois abdominales, le confirme dans l'opinion que la malade n'était point atteinte de hernie.

5 mai. — 2 selles sont survenues dans la nuit — les vomissements d'abord composés de matières alimentaires sont devenus muqueux et bilieux, et se repètent plus souvent.

Le 6. — Un nouvel examen fait déclarer une hernie crurale du côté droit, formée spontanément et déjà étranglée. Elle avait le volume d'un gros œuf de poule, et offrait beaucoup de sensibilité à la pression. Des tentatives de réductions furent infructueusement pratiquées.

Le 7. — Le poulx devient petit, fréquent, la langue sèche, les vomissements sont très rapprochés, quelques hoquets se manifestent de temps en temps. Le ventre est fort tendu, douloureux principalement vers l'ombilic l'épigastre et la région occupée par la hernie le facies est grippé.

Consultation ce jour-là du docteur Cabaret, qui se décide à pratiquer la kélotomie d'urgence.

Incision de la peau.

« J'incisai ensuite avec beaucoup de précaution le fascia superficialis et le fascia propria. En agrandissant superficiellement à l'aide de la sonde cannelée et du bistouri, l'ouverture de la partie supérieure de cette dernière enveloppe afin de mettre plus immédiatement à nu le sac herniaire que je cherchai à découvrir, un appendice d'environ trois pouces de long, affectant la forme d'un intestin grêle très gonflé, ayant le volume de 2 pouces, d'une

couleur rouge brune, et se terminant en pointe aigüe infiltrée de sang noirâtre s'échappa de haut en bas ; nous pensâmes de suite que la partie que nous avions sous les yeux, n'était autre que l'appendice du cœcum, et que conséquemment il n'existait pas de sac herniaire. En recherchant les causes de l'étranglement nous découvrîmes qu'il était produit par la partie interne de l'orifice supérieur du canal crural et que la basé de l'appendice était fortement serrée par cette partie. On débride avec le bistouri boutonné droit sur le ligament de Gimbernât, le plus près possible du pubis ; puis pour m'assurer si la hernie était exclusivement formée par la sortie de cet appendice, je l'attirai doucement vers moi, en entraînant le cœcum. Un retrécissement en manière de collet entre l'une et l'autre démontrait que l'intestin n'était pour rien dans l'étranglement. On procéda ensuite à la réduction qui eut lieu avec la plus grande facilité. »

Pansement. — Le lendemain amélioration qui progresse de jour en jour, et le 13 mai la malade est guérie.

Observation 2

Hôpital de la Charité. — M. Manec
Observation recueillie par M. Georges Beaumetz, interne
des Hôpitaux (Résumée) (1)

Hernie étranglée. — Opération. — Présence de l'appendice du cœcum dans la hernie. — Mort. — Autopsie.

Le nommé S., dix-neuf ans, entre à l'Hôpital de la Charité, le 22 août 1859, avec tous les symptômes d'un

(1) Gazette des Hôpitaux. 1859, p. 462.

étranglement intestinal. Il était atteint d'une hernie inguinale droite depuis l'âge de huit ans, pour laquelle il n'avait jamais porté de bandage. L'étranglement datait déjà de huit jours lors de son entrée dans le service de Velpeau, remplacé par M. Manec.

Comme symptômes généraux, le malade avait eu des vomissements alimentaires, puis ensuite fécaloïdes ; arrêt complet des matières.

Comme symptômes locaux, à la partie la plus interne de l'aîne droite et suivant la direction du cordon, on trouve une tumeur ovalaire du volume d'une grosse noix ; cette tumeur est dure, mais ne présente pas la consistance d'une hernie. On sent en l'examinant avec soin une espèce de cordon dur, qui est placé entre la peau et la tumeur ; la douleur est très vive, la peau est rouge, le ventre est ballonné dans toute la portion sous-ombilicale et douloureux à la pression.

M. Manec se décida à intervenir d'urgence ; et la dissection couche par couche, peau, tissu cellulaire, qui est très enflammé et présente des petits foyers de pus, conduit sur un corps qui a toutes les apparences d'un intestin gangrené. Ce corps est baigné par le pus. En l'isolant avec soin des tissus environnants, on s'aperçoit qu'il est formé par un cordon de la grosseur d'une plume d'oie, qui, d'une part, sort de l'anneau inguinal et de l'autre plonge dans le scrotum. Ce corps est grisâtre, comme gangrené, et on ne sent rien dans son intérieur.

La première idée de M. Manec fut qu'on avait affaire à l'appendice du cœcum. Au-dessous et adhérent à sa face postérieure, on trouve une poche à parois épaisses, parse-

mées de petits points en suppuration, qui n'est autre que le sac herniaire. Ouvert il laisse voir une très petite portion d'intestin étranglé.

Débridement. Réduction de l'anse herniée reconnue saine sous le chloroforme, que l'on n'avait pas administré jusque-là, et qu'il devint nécessaire de donner, le malade se débattant et poussant des cris qui rendaient la réduction impossible.

Restait le corps cylindrique que M. Manec considérait comme l'appendice du cœcum. On cherche, mais en vain, son extrémité inférieure, elle paraît plonger dans le fond du scrotum. M. Manec abandonne alors sa première idée, et dit qu'on pourrait bien avoir affaire au canal spermatique altéré par le pus. On le laisse donc et on procède au pansement.

De midi à trois heures, ce malade a trois selles, pas de vomissement. A cinq heures, les vomissements reparais-sent.

Le 23, l'état s'aggrave et à midi le malade meurt.

A l'autopsie, les intestins sont rouges et congestionnés sans aucune adhérence. En les écartant, on arrive à l'orifice interne du canal inguinal.

Devant cet orifice, et ayant contracté des adhérences à son pourtour, se trouve la portion d'intestin qui a été réduit. La distance qui sépare le point hernié du cœcum est de 14 cent.

Le méso-cœcum manque, le cœcum placé très bas touche à l'arcade crurale et son appendice vermiculaire plonge dans l'orifice pubien du canal inguinal, en avant du collet du sac herniaire et complètement indépendant de ce dernier ; et jusque dans l'anneau il est parfaitement sain.

En disséquant avec soin la région inguinale, on trouve que le cordon, sur la nature duquel il y avait eu des doutes est bien l'appendice du cœcum, profondément altéré par le pus, qui le baigne de tous côtés. Cet appendice, dans sa portion herniée, a 7 centimètres de longueur.

Dans toute cette étendue, il a contracté de nombreuses adhérences avec le tissu cellulaire environnant les adhérences sous forme de brides qui maintiennent, en lui faisant faire de nombreux circuits, l'appendice dans sa nouvelle position.

Dans son intérieur, l'appendice ne contient pas de corps étrangers, on ne trouve que du pus.

Au-dessus de l'appendice cœcal on trouve le sac herniaire ; ce sac a le volume d'une noix, sa paroi est épaissie. Par son côté externe, il est adhérent avec le tissu cellulaire épaissi et suppuré, et en avant avec l'appendice cœcal. Sa surface interne est rouge. Enfin, en arrière du sac, on trouve le cordon avec tous ses éléments un peu enflammés.

En résumé, on trouve successivement en allant de l'extérieur vers l'intérieur, la peau, le tissu cellulaire enflammé et suppuré, l'appendice du cœcum, le sac herniaire contenant la portion de l'intestin grêle enflammé, enfin reposant sur le pubis le cordon.

Il est probable que depuis longtemps l'appendice normal était sorti de la cavité abdominale et que sa présence dans le canal inguinal avait précédé de beaucoup celle de l'intestin grêle. Le début de cette dernière ne remonte probablement qu'à une huitaine de jours, époque à laquelle le malade fit un violent effort, il ressentit les premiers symptômes de l'étranglement. (Loc. cit.).

Observation 3

(Inédite)

Due à l'obligeance de Monsieur le Docteur Reynier.

B. Alexandre, âgé de 34 ans. Profession : comptable.
Entre le 2 décembre 1896. Sorti le 23 décembre 1896.

Antécédents héréditaires et personnels insignifiants. En 1885 au troisième conseil de révision (il avait été deux fois ajourné en 83 en 84 pour faiblesse de constitution) on lui trouve un point de hernie à droite. Le malade n'avait ressenti jusque là aucun trouble, ni aucun malaise. Ce n'est que deux ans après en 1887 après un effort un peu violent, qu'il s'aperçoit que la hernie est sortie pour la première fois. Depuis cette époque elle sort à des intervalles irréguliers. Après un repos même de quelques instants dans la journée, et pendant la nuit, elle se réduit d'elle-même pour reparaitre quelques instants après.

Chaque fois qu'elle sortait, elle était douloureuse spontanément, et à la pression. En même temps le malade ressentait des coliques violentes de la fosse iliaque.

Le malade en était arrivé à ne pouvoir réduire lui-même la hernie. Cet état reste stationnaire jusqu'au 15 novembre 1896. A ce moment, le malade est obligé de s'arrêter. Dans un effort, il ressent une douleur très vive dans l'aîne droite, et la hernie devient impossible à réduire en totalité. Elle ne rentre que partiellement pendant la nuit,

pour ressortir tout entière au lever. Il n'y a pas de nausées, pas de vomissements, pas de troubles dans le cours des matières, ni dans l'émission des gazs.

Le malade se décide à entrer à l'hôpital le 2 décembre 1896, ne pouvant plus supporter les douleurs très vives qu'il ressentait depuis quelques jours.

A l'examen, on constate la présence d'une hernie inguino-scrotale volumineuse de la grosseur du poing, partiellement réductible, peu tendue. La pression est douloureuse, et les douleurs sont vives dans la fosse iliaque, quand on cherche à réduire ; à la percussion tout est sonore ; quand on prend la tumeur entre les mains en la comprimant même légèrement on détermine du gargouillement. Il semble donc que l'on ait affaire à une hernie contenant surtout l'intestin. L'anneau est très large.

En présence de symptômes douloureux, on se décide à intervenir.

Opération le 5 décembre 1896.

Anesthésie au chloroforme.

Incision couche par couche. On arrive sur le sac qui est ouvert. Dans le sac, la première chose qui frappe est la présence d'un long cordon de la grosseur d'une plume d'oie et intimement uni à la paroi dans la plus grande partie de sa hauteur. Dissection de ce cordon qu'on reconnaît être l'appendice iléo-cœcal, libre seulement dans ses deux derniers centimètres. Il aboutit au cœcum, qui rentre facilement, aussitôt l'appendice libéré.

Résection de l'appendice par le procédé suivant : Incision en forme de coin au sommet supérieur, enfouissement dans les débris du méso, et fixation extra-péritonéale après

résection de la plus grande partie du sac et réduction du coecum. Suture des piliers. Double rangée de sutures au catgut pour les parties profondes, au crin de Florence pour les téguments.

Les suites sont des plus simples. Il n'y a pas la plus petite élévation de la température, et le malade sort guéri le 23 décembre 1896.

Observation 4

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Reynier.

R... 37 ans, journalier, entre le 2 juin 1897, à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise-Paré, pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite, remontant à une dizaine d'années, pour laquelle il portait un bandage, et qui était facilement réductible. Ce malade s'était décidé à entrer à l'hôpital à la suite de quelques troubles gastro-intestinaux, remontant à plusieurs jours, et qu'il attribuait à la hernie. En réalité, il était atteint d'embarras gastrique fébrile. Le jour de son entrée, il a 39° de température, mais les jours suivants la température baisse, et quelques jours après, l'état est devenu excellent. Aussi le 10 juin se décide-t-on à l'opérer sur sa demande d'être débarrassé de son infirmité.

Le diagnostic porté était celui de hernie inguinale droite sans que rien ait pu faire soupçonner quelle partie de l'intestin était herniée.

Le malade fut endormi au chloroforme. Incision couche par couche jusqu'au sac. Ouverture du sac, dans lequel on est tout étonné de trouver l'appendice iléo-cœcal libre, n'ayant contracté aucune adhérence, et le cœcum facilement réductible. Après ligature, résection en V de l'appendice au-dessous de la ligaturé. L'appendice est encapuchonné avec la partie du méso-appendice qu'on a eu soin de garder. Le pédicule est fixé à la paroi, et le sac est réséqué, et on ferme la plaie par le procédé habituel.

Le lendemain de l'opération, la température monte à 39°, mais elle baisse les jours suivants ; le 13 elle est à 37° pour s'y maintenir définitivement.

Le 25, le malade sortait de l'hôpital tout-à-fait guéri.

Observation 5

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Reynier.

Fernand H..., 37 ans. Hernie inguinale droite remontant à l'âge de quatorze ans. Ce malade entre à l'hôpital Tenon au mois d'octobre 1893 pour subir l'opération de la cure radicale.

A l'examen on trouve une tumeur de la grosseur du poing, réductible, mais très difficile à maintenir. On constate en outre, et qui ne se réduit pas complètement, un cordon dur et épais ayant la forme grossie de l'appendice, mo-

bile dans la hernie, beaucoup plus mobile que de l'épiploon, qui ne ballotte pas non plus dans le sac.

Opération le 2 octobre.

Incision couche par couche qui conduit directement sur le sac. Incision du sac dans lequel on trouve le cœcum et attenant au cœcum l'appendice libre, mais très augmenté de volume, ayant au moins trois fois son volume normal. Ce qui triple ainsi la grosseur de cet organe, c'est le méso-appendice, infiltré de graisse, sclérosé, épaissi, qui était accolé à la partie interne de l'appendice.

L'appendice est réséqué, fermé, enfoui dans les débris du méso, fixé à la paroi hors du péritoine et après resection de la plus grande partie du sac, le cœcum est réduit et la plaie fermée par 2 rangées de sutures.

Les suites sont des plus simples et le malade sort guéri de l'hôpital vingt jours après.

Observation 6

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Reynier
recueillie par M. Isch-Wall

Hernie pure de l'appendice iléo-cæcal

Dans cette observation, la présence de l'appendice dans le sac, qu'il était très facile de constater. a permis de faire le diagnostic).

X..., 29 ans entre à l'hôpital Tenon au mois d'avril 1894 pour subir une opération de cure radicale de hernie inguinale droite remontant à l'âge de 20 ans. L'examen permet de constater une tumeur de la grosseur de l'index, mobile balottante et réductible ; la présence du canal déférent, facile à reconnaître parmi les éléments du cordon, évite toute confusion, qui ne serait pas possible du reste étant donnée la différence de volume des deux organes.

L'opération est faite le 19 avril, l'ouverture du sac fait constater une hernie de l'appendice, celui-ci n'a pas contracté d'adhérences et il serait facile de le réduire. Ce qui donnait à la tumeur inguinale la grosseur de l'index c'était l'infiltration graisseuse du sac, renfermant l'organe déplacé qui lui n'avait guère que le volume d'une plume d'oie.

Résection de l'appendice, enveloppement de la surface de l'appendice dans le méso conservé, fixation à la paroi du pédicule, ligature du sac après résection, fermeture au catgut et au crin.

Guérison très rapide sans accidents.

Observation 7

(Inédite. Recueillie dans le service du Dr Reynier)

M. H..., âgé de 50 ans, brightique, entre dans le service du Dr Reynier, à l'hôpital Tenon, au mois de mars 1893, avec une hernie étranglée depuis 24 heures.

On constate, à son entrée, une hernie volumineuse si-

geant à droite et descendant dans les bourses. La tumeur est tendue, douloureuse. Il y a des vomissements alimentaires, et arrêt des gaz et des matières.

Opération d'urgence, sans chloroforme, à la cocaïne. Après incision du sac, on tombe sur le cœcum, contenu tout entier dans le sac. L'appendice remonte à la partie interne du cœcum, et est adhérent au collet du sac. Il est double de son volume normal et entouré de membranes qui les rattachent au sac, qu'il est assez difficile de détacher, et qui rendent assez longue la dissection de l'organe. Après l'avoir libéré complètement, on le sectionne à sa base, et on le fixe à la paroi. Le cœcum est rentré dans l'abdomen, le sac est réséqué, et on ferme la plaie.

Les suites sont bonnes, sauf un peu d'hypothermie les deux jours qui suivent. Le malade sort guéri le 10 avril 1896.

Observation 8

Du Dr E. Taillefer, chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse.

(Indépen. Med. 17 Nov. 1897, p. 361)

Le malade est un homme de 60 ans, porte-faix de son métier, qui vit apparaître, il y a douze ans, à la suite d'un violent effort, une hernie inguinale droite. Pendant cette période de 12 années, la hernie a toujours été réductible et n'est jamais descendue dans les bourses, car elle était bien

Segelman

contenue par un bandage ; elle n'a donné lieu à aucun trouble fonctionnel. Soudain, sans cause appréciée, une douleur apparaît à son niveau, accompagnée de quelques coliques. Cependant, l'évacuation intestinale se faisait normalement. Deux médecins, appelés, pratiquent infructueusement le taxis. Au bout de quinze jours, devant la persistance du même état, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Nous avons trouvé, dans la région funiculo-inguinale droite, une tumeur pédiculée, douloureuse, mate, qui avait l'aspect d'un testicule et le volume d'un œuf de poule. Pas de température. Le malade nous dit qu'il n'a pas eu de frisson ni la peau chaude au moment où la hernie est devenue irréductible, pas plus que pendant les quinze jours qui ont suivi. Nous diagnostiquâmes une épiplocèle serrée par l'anneau inguinal externe.

M. le professeur Jeannel procéda à la cure radicale. Sa simple manœuvre de l'étalement du cordon sur le doigt, fit monter le testicule dans la plaie. Il était coiffé d'une tumeur qui avait son aspect et son volume. M. Jeannel crut à une tumeur de l'épididyme.

Pendant la dissection de ses adhérences, une perforation se produisit, et une petite quantité de pus s'écoula. On découvrit bientôt un pédicule qui allait s'implanter dans le cœcum. Celui-ci était engagé dans le sac herniaire et ne portait aucune trace, ni d'étranglement, ni d'inflammation. Résection de l'appendice. Cure radicale de la hernie. L'appendice se terminait à son extrémité libre par une dilatation du volume d'un testicule d'adulte. Cette dilatation seule était recouverte de fausses membranes. On ne voyait trace de constriction sur la surface de l'appendice. Celui-ci étant

ouvert, nous constatons que sa dilatation terminale était remplie de pus et que sa partie tubulée contenait quelques petites concrétions stercorales incrustées dans la paroi. Pas de perforation. Pas de gangrène. En quelques points, au niveau de la dilatation, la muqueuse est ulcérée. Au-dessus de la dilatation, la muqueuse paraît saine. L'appendice communique à plein canal, très largement, avec le cœcum. Le point qui sépare la partie dilatée de la partie normale a le diamètre de celle-ci. Pas de rétrécissement, ni là, ni ailleurs. L'examen bactériologique du pus n'a pas été pratiqué, mais nous avons procédé avec le plus grand soin à l'examen histologique de l'appendice. La partie non dilatée de l'appendice est normale. Le lieu de passage de celle-ci à la partie sous-jacente non dilatée présente les lésions suivantes : la muqueuse n'existe plus par places, les deux couches musculaire et séreuse sont normales. Dans la dilatation, nous constatons que la muqueuse est détruite en certains points et conservée en d'autres. Les lésions principales siègent dans la sous-muqueuse. Là, nous trouvons tous les stades de la lésion folliculaire depuis la simple hypertrophie jusqu'à l'abcès miliaire et la disparition totale de l'organe lymphoïde. En somme, lésions classiques de l'appendicite suppurée, devenant de plus en plus intenses à mesure qu'on s'approche du cul-de-sac de l'organe. Le testicule ne présentait pas d'abcès et paraissait absolument sain. Pas de fausse membrane, pas de liquide dans le sac herniaire dont la paroi n'était pas épaissie.

CONCLUSIONS

1° L'appendice iléo-cœcal accompagne le plus souvent le cœcum dans ses déplacements ; la hernie de l'appendice iléo-cœcal seul s'observe moins fréquemment, mais cependant n'est pas un fait exceptionnel ; cette hernie se complique parfois d'appendicite.

2° La présence de l'appendice dans le sac d'une hernie peut être reconnue et devenir ainsi un excellent élément de diagnostic.

3° Toutes les fois que dans une cure radicale ou dans une kélotomie d'urgence on trouvera l'appendice, celui-ci devra être réséqué et non réduit.

4° Malgré la précaution, qui aura été prise, de découvrir la surface de section de l'appendice de son méso, en lui formant une sorte de capuchon, il sera toujours plus sage de fixer le pédicule ainsi formé à la paroi abdominale.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Berger. — Traité de Chirurgie, t. VI.

Cabaret. — Journal des connaissances medico-chirurgicales, 1842.

Caussade. — Semaine médicale, 1897.

Chelius. — System of surgery. London, 1847.

Claelo. — Comptes-rendus de la Société de biologie. Paris, 1892.

Cloquet. — Thèse de Paris, 1819.

Comptes-rendus de la Société de médecine de Nantes. Mars 1837.

Desault. — Traité des maladies chirurgicales.

Dieulafoy. — Pathologie interne, ed. XI.

Esselbach. — De ortu et progressu herniarum. Wurtzbourg, 1810.

Hartmann et Minot. — Semaine médicale, 1897.

Hedrich. — Gazette médicale de Strasbourg, 1889.

Hevin. — Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicale.

Guinard. — Société de chirurgie. Juin 1896.

- Lemenicier.* — Thèse de Paris, 1887.
Manec. — Gazette des Hôpitaux, 1859.
Merling. — Thèse de Heidelberg, 1836.
Moncks. — Bulletin médical, 1890.
Pelletan. — Clinique chirurgicale, 1818.
Scarpa. — Traité des hernies.
Sernin. — Journal de Sedillot, t. XVI.
Taillefer. — Indépendance médicale, 1897.
Tamarelli. — Annali universali di medicina, 1833.
Testut. — Traité d'anatomie descriptive, t. III, 3^e éd.
Treves. — British medical. Février 1897.
Tuffier. — Archives de médecine. Juin et juillet 1887.



